

様式第38号 (第23条関係)

①届出者名、本人との関係 (本人・妻・子など)、住所、日中連絡が取れる電話番号を記入。

後期高齢者医療限度額適用認定申請書

届出者名	後期 花子	本人との関係	妻
届出者住所	所沢市〇〇町12-34	連絡先電話番号	xx-xxxx-xxxx
被保険者番号	09900100		
氏名	コウキ タロウ 後期 太郎	性別	男
個人番号	<記入不要>		
生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日		
住所	所沢市〇〇町12-34		
長期入院	該当<記入不要>非該当		

②被保険者証に記載されている被保険者番号、氏名、性別を記入。

③生年月日・住所を記入。

ここからは長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計 (日間)
①	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
②	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
③	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
④	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地
⑤	申請日の前1年間の入院日数	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	入院をした保険医療機関等	名称 所在地

<記入不要>

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて限度額適用認定を申請します。

平成〇〇年 〇月 〇日

④申請日を記入。

申請者 住所 所沢市〇〇町12-34
氏名 後期 太郎

⑤被保険者本人の住所・氏名を記入。